Aus dem Zahnärztlichen Institut der Universität Breslau.
(Direktor: Professor Dr. Partsch.)

Über die Tuberkulose des Unterkiefers.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der Würde eines Doktors der Zahnheilkunde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Georg Niesel,
Zahnarzt

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Breslau.

Berichterstatter: Professor Dr. Partsch.

Über die Tuberkulose des Unterkiefers finden wir in der Literatur vor ungefähr 30 Jahren noch nichts erwähnt. Erst seit dieser Zeit sind Abhandlungen darüber geschrieben worden. In den 90er Jahren haben sich u. a. Englisch, Witzel und Stark eingehender über diese Erkrankungsform der Tuberkulose geäußert; die neueren Autoren wie Bergmann, Bruns, Mikulicz, Wollstein, Küttner und Partsch heben in ihren Werken die Unterkiefertuberkulose gerade wegen ihres eigenartigen Verlaufes und ihrer Bösartigkeit besonders hervor. In den Symptomen der Krankheit stimmen die einzelnen Berichte fast vollkommen überein; die Frage der Infektionsmöglichkeiten hat aber zwischen den einzelnen Autoren einen scharfen Kampf verursacht, vor allem dadurch, daß die Zähne als Eingangspforte der Tuberkulose unbedingt in Betracht gezogen werden mußten. Primrose, Zandy und Stark schuldigten den kariösen Zahn als den Hauptschuldigen der Infektion an. Man behauptete sogar, daß sich der Tuberkelbazillus in kariösen Höhlen einnistet, von hier aus die Unterkieferdrüsen infiziere und im Anschluß daran sich in anderen Organen, vor allem der Lunge, ausbreiten soll. Man ging hierin zu weit. Partsch veröffentlichte 1904 eine Abhandlung über die Zähne als Eingangspforte der Tuberkulose. An Hand eines von ihm operierten Falles weist er klar und deutlich den Zusammenhang zwischen Karies und tuberkulöser Erkrankung nach, aber nur unter ganz bestimmten Bedingungen und zwar:

1. Wenn der erkrankte Zahn zum Quellgebiet der geschwollenen Lymphdrüse gehört und
2. wenn die Karies bereits zur Zerstörung der Pulpa geführt hat, da die gesunde Pulpa der Durchwanderung von Bakterien besonderen Widerstand entgegensetzt.

Zilz stellte fest, daß er in kariösen Zähnen Tuberkelvirus gefunden habe, daß die Stäbchen aber nur selten nachzuweisen sind, dagegen die zweite Form, die sogenannten Much'schen Granula öfter zu beobachten seien. Es stellt dies eine Entwicklungsform des Tuberkelbazillus dar, die aber nicht säurefest, wohl aber sich nicht in Antiformin wie andere Bazillen auflöst. Diese Much'schen Granula müßten als vollvirulent angesprochen werden, da sie unter günstigen Bedingungen tuberkulöse Krankheitserscheinungen hervorrufen, wenn auch der Träger derartiger Granula sich offenbar in einem Latenzstadium der Tuberkulose befinde. Wir können uns dieser Anschauung nicht ohne weiteres anschließen, da die bisherigen Tierexperimente noch keinen Erfolg gezeitigt haben. Tuberkelbazillen sind bis jetzt in einer gesunden Pulpa noch von keinem nachgewiesen worden.

Das Bild der Unterkiefertuberkulose würde sich folgendermaßen gestalten:

1. Die primäre Unterkiefertuberkulose.

Sie entsteht auf Grund primär im Knochen gelegener Tuberkelherde; sie steht also in Analogie zu den anderen tuberkulösen Knochenerkrankungen, deren Infektion hämatogener Art ist. Das Leiden befällt meist nur das jugendliche Alter. Sie beginnt mit einer harten, diffusen Schwellung des Unterkiefers, manchmal nur über kleine Teile, oft aber auch sich über den ganzen Unterkiefer erstreckend. Meist werden fälschlicherweise die Zähne als Ursache angesehen, die extrahiert werden und doch keinen Rückgang der Schwellung erzielen. Erst wenn an irgendeiner Stelle eine Erweichung eintritt, fistulöse Durchbrüche an der Seitenfläche des Kiefers, am Unterkieferrande bis hinab zum Halse, auch hinter dem Ohr zustande kommen, und diese Geschwüre nicht heilen wollen, außerdem eine Kieferklemme hinzutritt, werden die Kranken den Rat des Arztes einholen. Aus den Fisteln entleert sich meist auf Druck hellgelber, dünner Eiter; die Kontur des Kiefers wird unregelmäßig zackig. Der Knochen zeigt starke Veränderungen durch Auflagerungen, die den Kiefer verdicken und unregelmäßig erscheinen lassen. Die Defekte werden von tuberkulösen Granulationsmassen ausgefüllt, in diesen sind wiederum Sequester verschiedenster Größe eingelagert; schreitet der Prozeß fort, werden die Zähne mit in den Bereich des Herdes gezogen, so werden diese gelockert und zum Ausfall gebracht. Liegt der Herd an der Innenseite des Kiefers, so können wir Durchbrüche nach der Mundhöhle beobachten. Oft kriecht der Prozeß am aufsteigenden Ast des Kiefers entlang und beteiligt alsdann das Kiefergelenk. Es bilden sich mächtige Lymphdrüsenschwellungen an Hals und Nacken, schließlich kriecht der Prozeß in die Cavitas glenoides, den Gehörgang hinein, selbst bis in die Schädelbasis. Durch einfache Auskratzungen kommt die Krankheit nicht zum Stillstand, das Bild verschlechtert sich immer mehr, so daß umfangreiche energische Resektionen des Unterkiefers vorgenommen werden müssen. Und auch diese sprechen nicht immer für einen vollen Erfolg. Eine völlige Heilung hängt lediglich von dem allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten ab, meistens gesellt sich eine allgemeine Tuberkulose der Lungen und anderer innerer Organe hinzu, so daß schließlich die Krankheit doch mit dem Tode endet. In der Literatur sind vollkommene Heilungen nur äußerst selten gemeldet worden. Die Prognose ist also höchst ungünstig. Sie kann vielleicht etwas besser gestellt werden, wenn das Leiden in seinen Anfangssymptomen sofort erkannt ist und eine Frühresektion vorgenommen wird.

2. Die sekundäre Unterkiefertuberkulose.

In diesen Fällen wird durch eine Tuberkulose des Zahnfleisches, wie sie gerade bei Schwindsüchtigen wahrzunehmen ist, die Alveole des Unter- wie Oberkiefers infiziert, welche rasch kariös wird, so daß diese einer ausgedehnten Nekrose anheimfällt. Nach Einschmelzung des Alveolarfortsatzes lockern sich die Zähne und kommen zum Ausfall.

Die Sonde stößt auf rauhen Knochen. Geht der Prozeß weiter, so kann der Unterkieferkörper mit ergriffen werden. Die Diagnose wird in diesen Fällen leicht durch die Anamnese und die Untersuchung der Lungen zu stellen sein. Leider ist deshalb die Prognose ungünstig. Auskratzungen, Kauterisationen und Ätzungen werden erfolglos sein, wo der allgemeine Kräftezustand der Patienten sich rasch verschlechtert. Eine vorübergehende Heilung kann wohl eintreten, aber das rasche Fortschreiten der Lungentuberkulose wird eine vollkommene Heilung nie zustandekommen lassen.

3. Die primäre Form der tuberkulösen Periodontitis am Unterkiefer.

Sie verläuft fast ebenso wie die gewöhnliche Wurzelhautentzündung mit ihren Folgeerscheinungen, nur mit dem Unterschiede, daß der Verlauf der tuberkulösen Periodontitis ein viel beschleunigterer ist, der Knochen durch die tuberkulöse Karies in einem viel größeren Umfange und viel rascher zerstört wird.

Erst wenn die Zerstörung der Pulpa erfolgt ist, kann es dem Tuberkelbazillus gelingen, durch den Wurzelkanal hindurch zu gelangen und in dem periodontalen Gewebe Fuß zu fassen. Es bilden sich alsdann die Tuberkelknötchen, und mit diesen geht die Zerstörung des Knochens vor sich. Er wird kariös und der Prozeß dringt quer durch den Knochen hindurch und sucht seinen Durchbrnch durch die Weichteile. Die dazugehörige Lymphdrüse wird infiziert, und von dieser teilt sich das tuberkulöse Gift auf benachbarte Drüsen mit. Die Drüsen sind wenig druckempfindlich, der befallene Zahn ist auf Kronendruck schmerzhaft, die Wurzelbehandlung erzielt keinen Erfolg, selbst die Extraktion des Zahnes bringt keine Besserung. Es kommt hier nur eine ausgedehnte Operation in Frage. Eine Ausmeißelung des Knochens bis ins Gesunde mit Exstirpation sämtlicher befallenen Drüsen bürgt für den Erfolg. Allerdings läßt die Heilung mitunter lange auf sich warten, ehe der Kiefer seine ursprüngliche Form wieder erhalten hat; das Zahnfleisch bleibt lange Zeit hindurch gerötet, weich und schwammig, es legt sich nur schwer wieder der Unterlage fest an, es kann leicht zu einer neuen tuberkulösen Veränderung kommen, die einen sofortigen Eingriff wieder nötig macht.

4. Die sekundäre Form der tuberkulösen Periodontitis am Unterkiefer.

Diese entsteht durch eine lokale Infektion des durch die Mundhöhle von Schwindsüchtigen passierenden virulenten Materials. Man sieht bei dieser eine Periodontitis, die mit Fistelbildung verläuft. Die Extraktion des Zahnes bringt keine Besserung. Um eine vollkommene Heilung zu erzielen, empfiehlt sich eine energische Auslöffelung, womöglich mit Kauterisation, und eine Exstirpation von Drüsen, wenn deren Infektion bereits stattgefunden hat.